

Bożena Balcerzak-Paradowska (red.)

SYTUACJA DZIECI W POLSCE W OKRESIE PRZEMIAN

Materiały z konferencji zorganizowanej przez:
Komitet Nauk o Pracy i Polityce Społecznej Polskiej Akademii Nauk,
Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Komisję Rodziny Sejmu Rzeczypospolitej
Polskiej, Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
w Warszawie w dniach 8-9 marca 1999 r.

Warszawa 1999

INSTYTUT PRACY I SPRAW SOCJALNYCH

Praca przygotowana w ramach serii „Studia i Monografie”

Publikacja dofinansowania przez Fundację „Pomoc Społeczna SOS”

Zespół OPINIODAWCZO-WYDAWNICZY
*Bożena Balcerzak-Paradowska (przewodnicząca),
Marek Bednarski, Zofia Jacukowicz, Barbara Kawecka,
Daria Szatkowska, Jerzy Wratny*

Projekt okładki
Eleonora W. Rybicka

Redakcja
Hanna Czerniewska

Skład komputerowy
Janina Magnuszewska

© Copyright by Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 1999

ISBN 83-87890-11-1

ZAGROŻENIA ROZWOJU DZIECKA W PIERWSZEJ FAZIE JEGO ŻYCIA

Uwagi wstępne

Rozpatrując sytuację dzieci w okresie przemian ustrojowych w Polsce na przestrzeni ostatniego dziesięciolecia, należy zwrócić uwagę na ich pierwszą fazą życia, gdyż wtedy kształtują się podstawowe struktury anatomiczno-fizjologiczne organizmu, konstytuuje się potencjalne zdrowie fizyczne i psychiczne, następuje określenie „Jakości życia” po urodzeniu. Od tego, czy to pierwsze śródmaciczne środowisko życia dziecka jest zdrowe, prawidłowo zbudowane i sprawnie funkcjonujące, o pozytywnej atmosferze uczuciowej, nie nękane negatywnymi czynnikami, zależy optymalny rozwój dziecka albo też ulega on zakłóceniu o nieraz bardzo przykrych konsekwencjach dla całego życia człowieka (Kornas-Biela 1993a, s. 168-171).

To, czy dany czynnik środowiskowy spowoduje negatywne konsekwencje dla rozwoju i życia dziecka, zależy od wielu warunków:

- genetycznie zdeterminowanej specyfiki biochemizmu jego ustroju i wrażliwości na czynniki-środowiska oraz cech układu nerwowego (np. jego plastyczności, siły mechanizmów obronno-kompensacyjnych);
- okresu rozwojowego, w którym dany czynnik zadziałał, zasadniczo im wcześniejszy okres rozwoju, tym większe ma on znaczenie dla jego dalszego określenia i tym bardziej dewastacyjny jest wpływ negatywnych czynników; struktura jeszcze nie utworzona, nie utrwalona anatomicznie i funkcjonalnie lub na etapie intensywnego wzrostu i różnicowania, wykazuje bowiem cechę zwiększonej ekosensytywności (tzn. wrażliwości na działanie bodźców zaburzających);
 - cech bodźca oddziałującego na organizm — jego rodzaju, siły (natężenia), częstotliwości i długości oddziaływania;
- ilości i jakości pozytywnych i negatywnych czynników działających na organizm w przeszłości i obecnie, które powodują kumulowanie się zmian i for-

mowanie się doświadczeń funkcjonalnych; zgodnie z neurofizjologicznymi prawami - prawem „torowania drogi” oraz „prawem tła” - wpływ bodźców oddziałujących na organizm może być minimalizowany lub wzmagany w zależności od innych czynników działających uprzednio i jednocześnie; czynniki patogenne działające wcześniej mogły go zaburzyć oraz osłabić mechanizmy obronno-kompensacyjne organizmu, a tym samym utorować drogę następnym czynnikom, których wpływ stał się przez to jeszcze bardziej patogeny, a jego siła jest modyfikowana przez obecnie współdziałające czynniki;

- barier obronnych organizmu matki oraz barier tworzonych przez łożysko.

Oczywiście współczesne nauki o człowieku przyjmują optymistyczną wizję jego rozwoju. Rozpatrują istotę ludzką od poczęcia jako dynamiczny system wykorzystujący swoją energię do jak najlepszego uaktualniania swoich możliwości, do przekraczania ograniczeń i radzenia sobie z tym, co może mu zagrażać. Jednakże nie zawsze jest ona w stanie sprostać wymaganiom trudnych warunków rozwoju. Dlatego zadaniem rodziców oraz tych wszystkich, od których zależy wspieranie ich w pełnieniu ról rodzicielskich, jest optymalizacja warunków dla pojawienia się dziecka oraz jego rozwoju od chwili poczęcia. Zgodnie z zasadą, że „lepiej zapobiegać niż leczyć”, należy wyzwolić działania prewencyjne, aby nie tylko zapewnić dziecku prawidłowy rozwój, ale też realizację jego ludzkich praw - prawa do godnego poczęcia, do godnego rozwoju w środowisku łonowym, do godnych człowieka urodzin.

1. Zagrożenia związane z okresem przedkoncepcyjnym

Mówiąc o zagrożeniach przedkoncepcyjnych, ma się na myśli tego typu czynniki, które zmniejszają prawdopodobieństwo poczęcia dziecka, a po poczęciu, nadal stanowią zagrożenie dla jego życia lub prawidłowego rozwoju. Niektóre z tych zagrożeń są niezależne od woli, a nieraz i świadomości rodziców (jak np. skażenie środowiska fizycznego), dlatego trudno się przed nimi ustrzec. Inne związane są z wypaczoną mentalnością człowieka, „skażeniem” sfery jego opinii, postaw, podejmowanych decyzji i zachowań, stylu życia.

a) Przyczyny psychologiczno - społeczne

Model rodziny jedynie dwudzielnej. Realizowanie przez dwa pokolenia takiego modelu rodziny spowodowało znaczne zmniejszenie liczby kobiet w wieku rozrodczym, a tym samym obniżenie liczby urodzeń. Jednym z powodów niskiej dzietności, nie zapewniającej prostej zastępowalności pokoleń, jest obecnie zmniejszona liczba kobiet w wieku najwyższej płodności (20-34 lat). Problemem jednak pozostaje fakt, że wyniesiony z domu model realizowania potrzeb prokreacyjnych jest utrwalany przez inne czynniki nie sprzyjające posiadaniu dzieci (np. antyrodzinną politykę państwa - Kapera 1998; „Tygodnik...” 1999), dlatego trudno oczekiwać w najbliższym czasie zmiany w kierunku przy-

jęcia postawy pronatalistycznej przez młode pokolenia. Model ten jest tak silnym czynnikiem presji społecznej, że nie można mówić o tzw. wolnym wyborze kobiety co do sposobu realizowania się w życiu. Podjęcie pracy zawodowej bowiem nie jest wynikiem decyzji, ale koniecznością związaną z zaspokojeniem podstawowych potrzeb materialnych; organizacja pracy zawodowej uniemożliwia najczęściej pogodzenie jej z funkcjami macierzyńskimi; wielokrotne macierzyństwo deprecjonuje rodziców w oczach społecznych, a brak rzetelnych i ogólnie dostępnych informacji o metodach rozpoznawania płodności, czyni ich niewolnikami sztucznych metod ograniczania liczby dzieci w rodzinie.

Spadek wartości dziecka w rodzinie. Na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat obniżyła się w świadomości społecznej wartość dziecka. Coraz bardziej jest ono traktowane jako „towar wymienny” i oceniane w kategoriach „użyteczności” przez porównanie z dobrami materialnymi, konsumpcyjnymi, hedonistycznymi lub z osiągnięciami typu - wykształcenie, kariera zawodowa. Najczęściej w tych przetargach przegrywa. Coraz częściej jego pojawieniu się są stawiane warunki - musi być planowane, oczekiwane i chciane. Robi się wszystko, „żeby na świat przychodziły tylko planowane dzieci”. Jeśli nie spełnia tego warunku i pojawia się bez zgody rodziców, odbiera mu się prawo do życia lub sugeruje się, że musi być zdane w życiu na odrzucenie i przemoc, bo nie może być w tej sytuacji pokochane. Para małżeńska funkcjonuje wtedy, jak brygada pracy, która realizuje plan produkcyjny i pozwala na wyjście z taśmy tylko tyłu produktem, które są zgodne z planem podaży i popytu.

Spadek wartości rodzicielstwa. Wraz z obniżeniem wartości dziecka obniżyła się również w odczuciu społecznym wartość macierzyństwa i ojcostwa. Rodzicielstwo nie nobilituje już społecznie, zwłaszcza gdy zdolność rozrodcza rodziców została udowodniona przez posiadanie jednego dziecka. Ocenę wartości rodzicielstwa charakteryzuje warunkowość - jest ono cenione, jeśli zaspokajają potrzeby rodziców, natomiast nie jest pozytywnie wartościowane, jeśli wymaga rezygnacji, poświęcenia, ograniczeń, zmiany planów. Nadal więc ważne jest udowodnienie swej zdolności prokreacyjnej przez możliwość posiadania dziecka. Niepłodność uważana jest za swoisty rodzaj niepełnej sprawności (niesprawność w dziedzinie prokreacyjnej). Jest więc leczona lub protezowana przez techniki sztucznego zapłodnienia. Natomiast jednocześnie dobrowolna bezdzietność lansowana jest jako wyraz nowoczesności i w pismach kobiecych oraz w filmach ukazywana jest jako jeden z ważnych czynników gwarantujących poczucie sukcesu życiowego. Postawa wyrażona zdaniem „dziecka można nie mieć, ale trzeba móc go mieć” jest niebezpieczna zarówno dla życia dziecka, jak i dla zdrowia psychicznego rodziców.

Zmiana pojęcia „dobry rodzi c”. Coraz bardziej wygórowane standardy co do sposobów i poziomu zaspokojenia potrzeb dziecka, np. edukacyjnych, żywieniowych, związanych z czasem wolnym powodują, iż posiadanie dziecka staje się drogą inwestycją, na którą nie każdego stać. W ocenie jakości spełniania roli rodzicielskiej coraz częściej nie są brane pod uwagę takie zmienne, jak: pozytywna atmosfera uczuciowa w domu, miłość łącząca członków

rodziny, ilość czasu spędzanego z dzieckiem, rozmowy z nim, bezwarunkowa akceptacja dziecka, wsparcie udzielane mu w trudnych sytuacjach. Natomiast tzw. dobry rodzic, to coraz powszechniej ten, który zapewni dziecku osobny pokój, elegancki ubiór, bogaty asortyment zabawek i sprzętu elektronicznego, ciekawe wyjazdy wakacyjne, dodatkowe zajęcia pozaszkolne. Jeśli społecznie akceptowane są takie kryteria oceny jakości spełnianych funkcji rodzicielskich, to wiele osób powstrzyma się od prokreacji w lęku przed niemożnością wywiązania się z oczekiwań społecznych. Rodzina staje się wtedy nie wspólnotą miłujących się osób, ale instytucją, która przyjmuje nowych członków w zależności od oceny swoich „mocy przerobowych”. Pojawienie się nowego członka może być wtedy odczute jako zagrożenie dla pozostałych i łatwiej o podjęcie odmowy co do dalszego pozostania w rodzinie i odrzucenie go przez aborcję.

Brak wsparcia społecznego dla rodzicielstwa. Zmiany społeczne w postaci migracji ludności, urbanizacji (powodującej np. konieczność pokonywania zwiększonych odległości, życia w małych, anonimowych mieszkaniach blokowych), uprzemysłowienia (rodzice poza domem przez większość dnia) spowodowały zerwanie więzi rodzinnych i międzypokoleniowych, a tym samym niedostateczne wsparcie ze strony innych osób, oraz ceremonii, rytuałów, zwyczajów religijnych i obyczajowych w radzeniu sobie z problemami, jakie niesie rodzicielstwo. Zadania, jakie stawia ono rodzicom (czasem jednemu z nich) samotnie borykającym się z trudami życia, przewyższają ich możliwości adaptacyjne i budzą lęk przed dzieckiem.

Brak poczucia kompetencji rodzicielskiej. Niechęć do posiadania dzieci jest wzmagana przez przekonanie o nieumiejętności poradzenia sobie z problemami ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem. Lęk przed nim wynika m.in. z warunków, w jakich przebiegało wychowanie w rodzinie pochodzenia. Wzrastanie w rodzinie nuklearnej, brak młodszego rodzeństwa i doświadczeń opieki nad nim, brak możliwości kontaktu z małymi dziećmi we własnym dzieciństwie, ograniczone wzorce pełnienia ról rodzicielskich i możliwości zabaw identyfikacyjnych oraz zróżnicowanych płciowo - zmniejsza poczucie kompetencji rodzicielskich i może powodować niechęć do podjęcia tych ról oraz do dziecka.

Model kobiecości bez macierzyństwa. Pragnieniu posiadania dziecka nie sprzyja lansowany w mediach ideał kobiety spełniającej wygórowane standardy co do aparycji i modnego ubioru, realizującej się w życiu na wzór męski, której pozycja i uznanie społeczne uzależnione jest od poziomu wykształcenia, wysokości zarobków, zaangażowania w pracę zawodową, społeczną lub polityczną. W prezentowanych wzorcach ambicji życiowych i spędzania czasu brak jest miejsca na dzieci, przeciwnie, aktywność seksualna nie ma powiązania z prokreacją („seks bez dzieci, dzieci bez seksu”). Ten model kobiecości, trudno realizującej się w macierzyństwie lub rezygnującej z niego, wzmacniany jest przez model męskości bez ojcostwa. Szczególnym zagrożeniem dla prawidłowego rozwoju dziecka przed urodzeniem jest samotne macierzyństwo, coraz częściej będące wynikiem dobrowolnej decyzji kobiety, jako tzw. macierzyństwo bez oj-

costwa z wyboru (Graniewska, Krupa, Balcerzak-Paradowska 1986; Lachowski 1995; Kukołowicz 1999; Lachowska 1999).

Rozpowszechnienie pornografii. Korzystanie z pornografii służy maksymalizowaniu osobistej przyjemności, pomnażaniu doznań i doświadczaniu coraz bardziej wyrafinowanych wrażeń zmysłowych, nie sprzyja więc kształtowaniu nastawienia na czerpanie radości z doznań, jakich dostarcza kontakt rodzicielski. W konsekwencji drugi człowiek rozpatrywany jest w kategoriach użyteczności - na ile może się przydać do uzyskiwania coraz większej i różnorodnej satysfakcji seksualnej (dziecko jako partner gry seksualnej). Korzystanie z pornografii prowadzi do umocnienia się preferencji wartości eudajmonistycznych, egocentrycznych i pragmatycznych oraz niskiej oceny tych wartości, które dotyczą dobra drugiego człowieka, małżeństwa, rodziny, dzieci i spraw społecznych. Pornografia niszczy wartość rodziny w świadomości społecznej. Kontakt z nią kształtuje postawę przeciw życiu - użytkownicy materiałów pornograficznych w miarę kontaktu z nimi coraz silniej akceptują antykoncepcję, aborcję, dobrowolną bezdzietność, działania eugeniczne. Pornografia kształtuje postawy przeciw posiadaniu potomstwa, redukuje pragnienia prokreacyjne, zwłaszcza chęć posiadania córek (zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn). Tym samym rodzi przekonanie o zbyteczności posiadania rodziny, gdyż wiązałoby się to z koniecznością ograniczeń w dążeniu do maksymalizowania przyjemności. Poza tym sprzyja ona podejmowaniu zachowań o cechach przemocy wobec własnych dzieci (np. kazirodztwa, kar fizycznych, znęcania się psychicznego). Niszcząc pozytywne nastawienie do życia rodzinnego, działa niezgodnie z interesem każdego państwa, które opiera się na zdrowych i silnych rodzinach (Scott 1995; Cline 1996; Potocki 1997; Kornas-Biela 1998b i c; *Pornografia...* 1993, 1999).

b) *Przyczyny medyczne*

Dotychczasowy stan zdrowia i styl życia. Ogólny stan zdrowia kobiety, styl odżywiania się, sposoby radzenia sobie ze stresem (ewentualne stosowanie leków i używek), warunki zamieszkania i pracy zawodowej oraz wiek i waga - oto niektóre tylko czynniki, które warunkują powodzenie prokreacyjne. Zły stan zdrowia, zwłaszcza choroby przewlekłe lub obciążenia dziedziczne u rodziców, mogą powodować utrudnienia w prokreacji. W związku z postępem medycyny w zakresie wykrywania chorób wrodzonych i ustalania wysokości ryzyka genetycznego dla każdej pary oraz coraz większą wiedzą społeczeństwa w tym zakresie poszerza się grupa małżonków, którzy podejmują niewłaściwe decyzje prokreacyjne, np. rezygnują z prokreacji pomimo obiektywnie niskiego ryzyka genetycznego lub podejmują prokreację pomimo dużego prawdopodobieństwa obciążenia dziecka chorobą wrodzoną i „zachodzenia w ciążę na próbę”, która kończona jest abortowaniem dziecka chorego (Kornas-Biela 1996).

Deprecjonowanie w mas mediach czystości przedmałżeńskiej i lansowanie promiskuityzmu (zachęcanie do wczesnej inicjacji seksualnej i zmian partnerów) jest jednym z czynników rozszerzania się

chorób przekazywanych drogą płciową (o których milczy się, chociaż są nieporównywalnie częstsze niż HIV/AIDS). Przebyte zakażenia układu rozrodczego, znacznie częstsze u kobiet wcześniej aktywnych seksualnie z różnymi partnerami, narażają dziecko na śmierć z powodu poronienia (przy zarażeniu chlamydią, rzeźsistkiem, bakteryjnym nieżytem pochwy) lub zakażenia (np. opryszczką narządów płciowych matki powodującej uszkodzenia mózgu dziecka). Poza tym prawie wszystkie przebyte choroby przenoszone drogą płciową zwiększają ryzyko wcześniactwa, wewnątrzmacicznej lub okołoporodowej śmierci dziecka (Lichtarowicz 1998).

Propagowane przez media diety ubogiej w składniki diety i wzorce przesadnie szczupłej sylwetki mogą powodować ilościowe lub jakościowe ograniczenia w jedzeniu, a to zaś może być przyczyną niepłodności, wcześniactwa i hipotrofii dziecka (a więc ryzyka jego nieprawidłowego rozwoju, a nawet śmierci). Matki bardzo szczupłe są potencjalnie zagrożone niepowodzeniami ciążowymi i porodowymi, a ich dzieci narażone są na nieprawidłowy rozwój (Kana-dys, Oleszczuk 1998).

Lansowanie w mediach profilaktycznego, rutynowego stosowania w ciąży preparatów uzupełniających (np. żelaza, witamin, minerałów) jest niebezpieczne, gdyż odwraca uwagę kobiet od właściwego odżywiania, kształtuje w nich postawę sprzyjającą lekomani, medykalizuje okres ciąży, odbierając mu „normalność”, a co najważniejsze - może grozić zdrowiu dziecka. Nie są bowiem znane zakresy fizjologicznych norm stężeń składników odżywczych dla kobiet w ciąży, jak też mało kiedy przeprowadza się specjalne badania wykrywające niedobory u konkretnej kobiety, natomiast nie trudno o przedawkowanie (np. żelaza, witaminy A), co może mieć szkodliwe działanie na przebieg ciąży i zdrowie dziecka (Montgomery 1995).

Reklamy żywności oraz dostępny na rynku szeroki asortyment wysoko przetworzonych i kalorycznych produktów powoduje wzrost liczby kobiet bardzo otyłych, u których spotyka się częstsze występowanie aż 37 różnych powikłań w przebiegu ciąży i porodu, np. trzykrotnie częstsze występowanie gestoz, czterokrotnie częstsze rodzenie dzieci makrosomicznych (o masie ponad 4 kg), ponad dwukrotnie częstsze cięcia cesarskie (Gwara i in. 1992). Bogaty wybór w sklepach zwłaszcza zagranicznych produktów, przyciągających klienta opakowaniem i reklamą prozdrowotną, a zawierających substancje konserwujące, zapachowe, koloryzujące, może mieć również wpływ na prenatalny i postnatalny rozwój dzieci, powodując np. zwiększenie liczby dzieci alergicznych.

Obserwowane w ostatnich latach późniejsze zawieranie małżeństwa oraz przesunięcie rodzenia dzieci na dalsze lata małżeństwa (por. *Roczniki Statystyczne Demografii*, GUS), stanowi niekorzystną sytuację dla ich zdrowia. Wraz z wiekiem rodziców, zwłaszcza matki, zwiększa się bowiem ryzyko chorób i wad wrodzonych oraz powikłań ciążowo-porodowych (Silverton 1995, s. 91-109).

Postawa wobec płodności. Postawa ta jest kreowana przez idee „przeludnienia”, „konieczności depopulacji świata” i „profilaktyki AIDS”, a środkiem do tego ma być tzw. bezpieczny seks i seks z pigułką. Na rzecz tych idei firmy farmaceutyczne wykorzystują więc media i programy edukacji seksualnej oraz personel medyczny do propagowania tego wszystkiego, na czym da się zarobić. Niestety, mechanizm działania tych środków nie jest uzdrawiający ani - jak to się często stara przekonać potencjalnych użytkowników - poprawiający naturalne procesy, lecz patogenetyczny, uszkadzający prawidłowe czynności organizmu.

Miejscowo stosowane środki antykoncepcyjne (barierowe, np. pasty, żele, kremy, galaretki) mogą zmniejszać żywotność gamet męskich i po zapłodnieniu takim „osłabionym”, uszkodzonym plemnikiem, dwukrotnie częściej występują wady wrodzone i nieprawidłowy rozwój prenatalny dziecka (Jick i in. 1981, p. 245, 329-1332). Poza tym środki te (zarówno mechaniczne, np. prezerwatywa, kapтурki, błony, jak i chemiczne, np. globulki, pianki) mogą powodować stany zapalne narządu rodowego, co komplikuje przebieg ciąży i porodu, a tym samym pośrednio niekorzystnie wpływa na rozwijające się dziecko.

Doustne środki antykoncepcyjne nowej generacji są uważane za „względnie bezpieczne”. Względność oznacza, że np. na kilka miesięcy przed poczęciem dziecka należy zaprzestać ich stosowania, gdyż wywołują liczne zaburzenia gospodarki węglowodanowej, przemiany metabolicznej i krzepliwości krwi (Hrabowska 1996) oraz zmiany stanu emocjonalnego kobiety (Scheller, Ciszkowa, Cekański 1992), co nie sprzyja poczęciu dziecka i jego prawidłowemu rozwojowi przed urodzeniem. Jednakże ich niekorzystny wpływ na późniejszą prokreację jest bardziej skomplikowany. Kobiety stosujące antykoncepcję hormonalną w 70% częściej zarażają się chlamydią, prowadzącą do bezobjawowych stanów zapalnych, mających ścisły związek z ryzykiem ciąży pozamaciczej, poronień i porodów przedwczesnych. U dzieci zaś stwierdza się częstsze wady chromosomalne i mutacje genowe, m.in. wskutek niedoboru witamin i kwasu foliowego (Ehmann 1998).

Szczególnie niebezpieczną jest w tym zakresie wkładka wewnątrzmaciczna, której stosowanie zwiększa o 50% ryzyko ciąży pozamaciczej (zawsze śmiertelnej dla dziecka i groźnej dla życia matki), wywołuje efekt wczesnoporonny, prowadzi często do stanów zapalnych śluzówki i mięśnia macicy oraz przydatków (a tym samym powoduje wtórną niepłodność, częstsze poronienia lub zaburzenia w przebiegu ciąży i rozwoju dziecka), zwiększa dziesięciokrotnie ryzyko septycznego poronienia w drugim trymestrze ciąży, przedwczesnego porodu, niskiej wagi urodzeniowej, urodzenia dziecka martwego (Bruchalski 1994; Hrabowska 1996; Lichtarowicz 1998).

Środki antykoncepcyjne podawane w postaci iniekcji (np. Norplant, Depot-Provera), mogą mieć działanie wczesnoporonne, a w przypadku powrotu płodności - odnotowuje się dwukrotnie częstsze rodzenie dzieci z niską wagą urodzeniową (Bruchalski 1994).

Uprzednie aborcje. Przerwanie ciąży jest zabiegiem medycznym, którego konsekwencje są bardzo odległe. Do późnych powikłań, które mają wpływ na prokreację, należy: niepłodność (u co szóstej kobiety po przerwaniu pierwszej ciąży), ciąża pozamaciczna, niewydolność cieśniowo-szyjkowa (zwłaszcza po przerwaniu pierwszej ciąży) oraz gorsze warunki dla implantacji dziecka w macicy, dla tworzenia się łożyska oraz jego rozwoju w uszkodzonej zabiegiem macicy. W związku z tym odnotowuje się trzykrotnie częstsze poronienia samoistne i dwukrotnie częstszy poród niewczesny lub przedwczesny, kilkakrotnie częstsze łożysko przodujące (stan niebezpieczny dla życia dziecka i matki), poród przedłużony, krwotoki w okresie okołoporodowym. Często po aborcji niewydolność łożyska stwarza wysokie ryzyko zamartwicy okołoporodowej, zaburzeń w okresie noworodkowym i niemowlęcym. Poza tym istnieją doniesienia wskazujące na częstsze wady wrodzone u dzieci urodzonych po wcześniejszej aborcji, w wyniku której nastąpiło uszkodzenie macicy, powodujące anomalie łożyskowe w ciąży, odpowiedzialne za patologie w dyfuzji tlenu i transporcie substancji odżywczych do dziecka, a tym samym powodujące uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego (Kornas-Biela 1997). W przypadku niezgodności serologicznej czynnika Rh lub grup głównych krwi matki i dziecka może nastąpić izoimmunizacja matki i niebezpieczeństwo konfliktu serologicznego u następnego dziecka. Częstsze wcześniactwo i dystrofia dziecka powoduje kilkanaście razy większe ryzyko jego zgonu w okresie okołoporodowym (np. Troszyński 1991; Lichtarowicz 1998). Pomimo obecnych ograniczeń w dostępie do aborcji, ciągle dają o sobie znać jej odległe w czasie skutki medyczne, gdyż część kobiet w wieku prokreacyjnym stała się ofiarą aborcji, a obecnie ma problemy z prawidłowym przebiegiem ciąży i urodzeniem zdrowego dziecka. Dają również o sobie znać skutki psychologiczne u kobiet po aborcjach (Kornas-Biela 1993b; Simon 1999; Winkler 1999), mające swe reperkusje w ich rodzicielskich postawach, ale również skutki u tych, którzy jako pokolenie „ocalenców z aborcji” wchodzi obecnie w okres prokreacyjny (Simon 1997, 1998; Kornas-Biela 1998d).

2. Prenatalne zagrożenia rozwoju dziecka

a) *Skażona mentalność człowieka*

Nieuznawanie statusu człowieka. Jednym z czynników, który utrudnia kształtowanie się pozytywnych odniesień do siebie jako rodziców oraz do dziecka w najwcześniejszym etapie jego rozwoju jest nieuznawanie jego istnienia jako istoty ludzkiej, jego tożsamości osobowej i odrębności fizycznej od matki. Tworzenie się rodziny i wchodzenie w role rodzicielskie może być na długo odroczone, jeśli rodzice nie dokonają rozróżnienia między rzeczywistością ciąży i dziecka. Ciąża - jako stan fizjologiczny kobiety - przyciąga jej uwagę, gdyż objawia się wieloma zmianami fizycznych i zmian w samopoczuciu. Ko-

bieta musi odczytać te reakcje jako język biochemiczny, którym dziecko informuje ją o swojej obecności. W przeciwnym razie będzie skupiona na swoich dolegliwościach, natomiast zaniedba troskę o dziecko w zakresie ochrony przed szkodliwymi wpływami i zaspokojenia jego fizycznych, psychicznych i społecznych potrzeb (Kornas-Biela 1995). Zmiana mentalności w kierunku uznania dziecka poczętego jako nowego podmiotu jest łatwiejsza w odniesieniu do rodziców niż do personelu medycznego i wiele musi być zrobione, aby zmienić jego postawę w tej dziedzinie (Kaim, Klimek 1992).

Idea jakości życia postnatalnego o. Istnienie prawa do aborcji dziecka obciążonego chorobą lub wadą wrodzoną oraz tzw. późnych aborcji eugenicznych nie stwarza dobrego klimatu dla tworzenia się wczesnego przywiązania rodziców do dziecka, podważa wartość miłości rodzicielskiej jako możliwej do wycofania, jeśli dziecko nie spełni stawianych mu warunków co do kondycji zdrowotnej. Wzrastająca moda na prenatalne badania stanu zdrowia dziecka nie sprzyja akceptacji niepełnosprawności w społeczeństwie, natomiast utrudnia akceptację dziecka przez rodziców, jeśli nie udało się im w porę zdiagnozować go jako chore i usunąć, a przede wszystkim wywołuje narastanie społecznego lęku przed dzieckiem niepełnosprawnym. Coraz więcej rodziców o nie podwyższonym ryzyku genetycznym obawia się obciążenia dziecka chorobą i do czasu wykluczenia nieprawidłowości w badaniu prenatalnym traktują dziecko jako „ciążę do sprawdzenia”, a tym samym opóźniają kształtowanie przywiązania do niego. Dziecko poddane jest wtedy niekorzystnym wpływom związanym z niepokojem matki, rozwija się w okresie prenatalnym w atmosferze pustki uczuciowej, jest warunkowo przyjmowane i odrzucane, a taka ambiwalencja matki wpływa na powstanie u niego m.in. predyspozycji do chorób psychosomatycznych i zaburzeń zachowania po urodzeniu. Ze względu na ograniczenia diagnozy prenatalnej i następujący nadal rozwój dziecka, u wielu rodziców badania te nie redukują niepokoju aż do samego porodu i powodują ciągłe testowanie stanu zdrowotnego dziecka (Kornas-Biela 1996). Potrzebna dziecku do prawidłowego rozwoju miłość, poczucie bezpieczeństwa i bezwarunkowa akceptacja zostaje tu więc odroczone w czasie i zakwestionowana. Potomstwo obecnie nieliczne, jest testowane przez rodziców w ramach „medycznej kontroli jakości” i jeśli ma zmniejszone szanse, by być zdrowe, ładne i zdolne, jego życie jest w niebezpieczeństwie zagłady.

b) Zmedykalizowanie ciąży i porodu

Ciąża i poród jako stan chorobowy. Prenatalny okres rozwoju dziecka staje się coraz bardziej okresem przeżywanym jako trudny, kryzysowy, rodzący napięcia i lęki. Jednym z czynników jest fakt odebrania mu naturalności i nietraktowanie go jako fizjologicznego procesu, lecz jako okresu szczególnych zagrożeń, w związku z tym wymagającego ciągłego monitorowania ze strony różnych służb medycznych (Hall, Everaerd 1989). Dla kobiety współczesnej, nie znającej cyklu własnej płodności, bezradnej w rozpoznaniu poczęcia

dziecka, stwierdzenie o jego powstawaniu musi być /diagnozowane (tak jak choroba) przez lekarza, który następnie „prowadzi” kobietę przez okres ciąży. Poczęcie dziecka oznacza zmianę statusu - staje się ona pacjentką i użytkownikiem wielu usług medycznych (comiesięczne wizyty u lekarza, konieczność wykonania badań dodatkowych). Ciążę więc kobieta kojarzy z chorobą, zagrożeniem zdrowia i życia, z czymś, co trudno uznać za „stan błogosławiony”. Ciąża powoduje obowiązek ciągłej kontroli medycznej, obciąża finansowo i absorbuje czasowo. Staje się luksusem, na który nie każdego stać. Utrata roli położnej, jako kobiety wspierającej rodziców w okresie oczekiwania na urodzenie dziecka, powoduje ich osamotnienie i niepokój, poczucie bezradności. Taki stosunek do tego okresu nie sprzyja tworzeniu się przywiązania do dziecka i kontaktu z nim. Podobnie rutynowe zmedykalizowanie porodów powoduje wiele komplikacji w ich przebiegu, co jest bezpośrednim zagrożeniem dla zdrowia i życia dziecka (*Realizacja...* 1998).

Terminologia ciążowa. Jednym z ważnych czynników tworzenia się przywiązania rodziców do dziecka przed urodzeniem, a tym samym podjęcia zachowań optymalizujących jego rozwój, jest stosunek lekarza do kobiety i poczętej istoty ludzkiej. Niestety ciągle jeszcze w kontakcie personelu medycznego, zwłaszcza lekarzy, dominuje terminologia medyczna. Dziecko nazywane jest ciążą, zapłodnionym jajem, zarodkiem, embrionem, płodem. Lekarz diagnozuje ciążę, jakby stwierdzał chorobę, zakłada kartę ciąży, wyznacza wizyty w przebiegu ciąży, bada ciążę pod kątem wieku, usadowienia, wielkości, prawidłowości rozwoju, szanse donoszenia, warunków zakończenia. Stosuje eufemizmy, np. ciąża pożądana, usuwanie ciąży, pierwsze ruchy. Stosowane przez lekarza słownictwo nie sprzyja urealnieniu obecności dziecka, skoncentrowaniu uwagi na nim i nadaniu mu statusu istoty ludzkiej, a tym samym nawiązaniu międzyosobowej relacji z nim.

Rutynowa ultrasonografia. Od kilku lat zapanowała w Polsce moda na ultrasonograficzne badania w przebiegu ciąży. Są one robione w bardzo wczesnym okresie ciąży, wielokrotnie, bez wyraźnych wskazań lekarskich. Przyjęło się bowiem, że badania te są nieszkodliwe, a dzięki nim lekarz może zabezpieczyć się przed błędami wynikającymi z braku kompetencji zawodowych (a przy okazji dobrze na tym zarobić), rodzice zaś po wykryciu wady u dziecka mogą pozbyć się go poprzez aborcję tzw. terapeutyczną (terapia polega na pozbyciu się chorego wraz z chorym) lub tzw. przyspieszony poród, po którym dziecko nie ma szans przeżycia. Tymczasem konieczna jest ostrożność i ograniczenia w stosowaniu USG, gdyż - jak dokumentują to badania (m.in. robionych na zwierzętach) - dłuższe i częste podawanie temu badaniu rozwijającego się organizmu, a zwłaszcza we wczesnym etapie rozwoju, może spowodować: 1) uszkodzenia struktury DNA (mutacje, wady wrodzone, rakotwórczość); 2) wpływ termiczny, mechaniczny i chemiczny ultradźwięków na tkanki (zwłaszcza wątroby, śledziony, komórek nerwowych i krwinek czerwonych, płytek krwi i mitochondrii); 3) uszkodzenie Jednostki łożyskowo-płodowej”, tzn. przenikania krwinek dziecka

do krwi obwodowej matki, co przy niezgodności czynnika Rh lub grup krwi matki i dziecka może powodować powstanie w krwi matki przeciwciała, u dziecka spowodować skutki konfliktu serologicznego; 4) uszkodzenie pierwotnych komórek rozrodczych u dziewcząt i narządów płciowych u chłopców, a tym samym zaburzenie zdolności prokreacyjnej następnych pokoleń; 5) niską masę urodzeniową; 6) nieprawidłowe odruchy chwytne i szyjne; 7) częstsze minimalne uszkodzenia mózgu powodujące np. trudności w uczeniu się; 8) zaburzenia w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego z powodu zahamowania migracji neuronów między 16-24 tygodniem rozwoju (np. Salvensen i in. 1992; Campbell, Elford, Brant 1993; Ewigman i in. 1993; Newnham i in. 1993; Stark i in. 1994). Dlatego Światowa Organizacja Zdrowia w grudniu 1993 r. wystosowała petycję (podpisaną przez dyrektora M. S. Tschkovskiego), w której wskazała na trzy fakty: 1) istnieje realne ryzyko częstych i rutynowych badań ultrasonograficznych w ciąży; 2) najbardziej wiarygodne badania pokazują brak pozytywnych skutków; 3) analizy wykazują, że wydatki przeznaczone na USG przewyższają wszystkie inne wydatki na zdrowie w okresie ciąży. Podobnie Amerykański Instytut do Spraw Ultradźwięków (American... 1988) sformułował zalecenia dotyczące stosowania USG w ciąży, a mianowicie 1) przyczyna zastosowania badania zawsze powinna być uzasadniona medycznie; 2) należy zachować szczególną ostrożność w pierwszym trymestrze rozwoju dziecka; 3) w razie konieczności stosowania należy minimalizować liczbę i czas ekspozycji dziecka na ultradźwięki; 4) wymagany jest wysoki profesjonalizm i bardzo dobra jakość zastosowanej aparatury; 5) badania nie mogą naruszać zdrowia i integralności dziecka.

Niewłaściwy kontakt lekarza z pacjentką. Uciekanie się przez lekarza do coraz większej liczby skomplikowanych urządzeń technicznych wywołuje wpływ jatrogenny. Kobieta bowiem traci kontakt osobowy z nim, natomiast aparatura medyczna budzi lęk i osamotnienie. Do tego dołącza się wiele innych błędów jatrogennych, jak np. przymusowa hospitalizacja przy fizjologicznych porodach, rutynowo stosowane golenie i lewatywa, indukowanie (bez wskazań) porodu i cięcia cesarskiego, narzucenie rodzącej pozycji leżącej, nadużywanie leków przyspieszających lub znieczulających oraz nacięć krocza, odizolowanie matki od urodzonego dziecka. Wszystkie te zachowania personelu powodują nasilenie lęku u kobiety rodzącej i utrudniają prawidłowy przebieg porodu, położu i laktacji, a od tego zależy dobry stan dziecka po urodzeniu. Poza tym wpływają na jej stosunek do macierzyństwa w przyszłości, np. jeśli poród był „koszmarnym doświadczeniem”, kobieta ma mniejszą ochotę, by jeszcze raz znaleźć się w takiej sytuacji. Negatywne doświadczenia z poprzedniego porodu powodują narastanie lęku przed porodem w następnej ciąży i wtedy najczęściej (z powodu napięcia i niepokoju kobiety) - pojawiają się komplikacje w przebiegu ciąży i porodu (z interwencją farmakologiczną, chirurgiczną), co jest dużym zagrożeniem dla życia i zdrowia dziecka.

c) Zagrożające zachowania matki (m. in. jako reakcja na stres, rodzaj prenatalnej przemocy)

Zachowania te można uznać za formę maltretowania dziecka i zaniedbywania go przed urodzeniem. Należy do nich: palenie, picie alkoholu, narkotyki, nadużywanie leków.

Palenie papierosów. Około 30% kobiet ciężarnych w Polsce pali tytoń (Janowiak 1990) i nałóg ten ma tendencję wzrostową w grupie młodych kobiet, czemu sprzyja agresywna reklama wyrobów tytoniowych. Niestety, tylko 20% kobiet przestaje palić w okresie ciąży. Literatura dotycząca negatywnych skutków palenia na zdolność prokreacyjną człowieka jest bardzo szeroka, więc trudno ją w tym miejscu przytaczać. Istnieje przy tym duża zgodność wyników badań, a efekt uszkodzający zależy od liczby wypalanych papierosów. Palenie papierosów obniża płodność kobiet (o 30%) oraz zaburza wydzielanie androgenów u mężczyzn, zmniejsza liczbę, ruchliwość i żywotność plemników, a tym samym może być przyczyną niepłodności męskiej. Palenie tytoniu w okresie ciąży lub przebywanie w zadymionym pomieszczeniu (tzw. bierne palenie) wprowadza substancje toksyczne, które nie tylko utrudniają poczęcie dziecka, ale też uszkodzają go na bardzo wczesnym etapie rozwoju lub uniemożliwiają mu implantację w macicy. Nikotyna powoduje przyspieszenie akcji serca dziecka, jego niedotlenienie i niepokój psychoruchowy (wzmoczone ruchy, a potem ich ustanie), a tym samym upośledza jego rozwój w okresie prenatalnym, przyczyniając się do powstania wad i mikrouszkodzeń, które powodują zaburzenia rozwoju po urodzeniu, upośledzenie umysłowe i parcjalne deficyty. Łożyska matek palaczek są przerośnięte, ciężkie, mało wydolne i uszkodzone, nie spełniają więc dobrze swojej funkcji jako „chemiczne laboratorium”, ogniwo pośredniczące i bariera między matką i dzieckiem. Narażenie dziecka na ekspozycję nikotyny powoduje dwukrotnie większe ryzyko poronienia i powikłań w przebiegu ciąży (u wieloródek sześciokrotnie większe), częstsze porody przedwczesne, trzykrotnie częstszą śmierć wewnątrzmaciczną, samoistne zgony noworodka, szczególnie negatywny i silnie zaznaczający się efekt dotyczy obniżenia wzrostu (do 4-5 cm) i spadku wagi urodzeniowej (nawet do 30%). Co czwarte dziecko z niską wagą jest rodzone przez matkę palaczkę, a 70% matek palących mniej niż 20 papierosów dziennie rodzi dzieci o wadze poniżej 2500g, co zwiększa kilkanaście razy śmiertelność okołoporodową. Dzieci tych matek narażone są również na uszkodzenia zdrowotne z powodu przedwczesnego pęknięcia błon płodowych, odklejania się łożyska, łożyska przodującego. Po porodzie zaś matki te mają częściej trudności z laktacją, podjęciem roli macierzyńskiej i nadal narażają dziecko na toksyczne działanie nikotyny.

Spożywanie alkoholu. Rocznie spożywa się w Polsce 10-11 litrów 100% alkoholu na 1 mieszkańca - jest to wzrost o 50% na przestrzeni ostatnich 10 lat. Kilka milionów ludzi nadużywa alkoholu, coraz częściej dotyczy to kobiet. Alkohol spożywany przez matkę, zwłaszcza na etapie organogenezy (do końca 8 tygodnia ciąży) powoduje wady wrodzone, uszkodzenie mózgu (upośledzenie

umysłowe, trudności w uczeniu się), zmniejsza wagę i wzrost dziecka, prowadzi do częstszych poronień, zgonów przed urodzeniem lub w okresie okołoporodowym i noworodkowym, przedwczesnych porodów, nieprawidłowego rozwoju fizycznego, ruchowego i psychicznego po urodzeniu (Maurer, Maurer 1994; Szymański 1998).

Narkotyki. Zażywana przez matkę kokaina uszkadza układ krwionośny i nerwowy dziecka, dziesięciokrotnie zwiększając ryzyko powstania wad w tym zakresie, prowadzi też do wad części twarzowej, poronień, wcześniactwa, martwych urodzeń, zaburzeń zachowania (im wcześniejsza i dłuższa ekspozycja, tym efekt gorszy). Podobnie inne narkotyki, jak heroina, ckrack, ecstazy są bardzo groźne dla rozwoju dziecka (Gosden, Nicolaidis, Whitting 1995, s. 38).

Leki. Swobodny obecnie dostęp do leków zwiększa ryzyko ich ubocznych szkodliwych skutków dla rozwoju dziecka przed urodzeniem. Nawet tak zdawałoby się niewinne leki, jak aspiryna, tabletki od bólu głowy, salicylany, sulfonamidy, leki przeciwbaczone, wiele antybiotyków, może spowodować wady rozwojowe, zaburzyć przebieg ciąży, a po urodzeniu wywołać np. wiotkość mięśni, zaburzenia oddychania.

d) *Ubóstwo*

Brak opieki lekarskiej. Wzrastająca w Polsce grupa osób o bardzo złej sytuacji materialnej, a jednocześnie wzrastająca komercjalizacja usług medycznych oraz wysoka cena leków powoduje, że coraz więcej kobiet pozbawionych jest prawidłowej opieki medycznej w czasie ciąży oraz rezygnuje z leczenia schorzeń w jej przebiegu. To zaś jest bezpośrednią przyczyną zwiększonego prawdopodobieństwa negatywnego wpływu stanu zdrowia matki i braku higieny w okresie ciąży na rozwijające się dziecko (Radomański i in. 1993; Czajka 1998).

Niedożywienie ilościowe i jakościowe. Pauperyzacja polskich rodzin ma również bezpośredni wpływ na niedożywienie matek w ciąży, przeciążenie ich pracą i wyniszczenie doprowadzające do braku czasu i sił psychicznych, by troszczyć się o własne zdrowie, w tym m.in. o właściwą dietę. Niedostateczne lub nieprawidłowe odżywianie matki w ciąży prowadzi do nieprawidłowego rozwoju ośrodkowego układu nerwowego dziecka w postaci małej masy mózgu, zmniejszonej liczby neuronów oraz DNA i RNA, co jest bezpośrednią przyczyną upośledzeń umysłowych, dziecięcego porażenia mózgowego i innych anomalii neurologicznych (Łosiowski 1985). Niedożywienie matki powoduje też zmniejszenie wagi ciała dziecka (obserwuje się wzrost urodzeń dzieci o niskiej wadze, poniżej 2500 g, tzw. hipotroficznym - Szymański 1998) oraz wcześniactwa (Kanadys 1998), co samo w sobie jest czynnikiem ryzyka. Urodzenie dziecka z niedoborami pokarmowymi powoduje konieczność hospitalizacji, zmniejsza jego odporność, naraża na nowe infekcje, utrudnia karmienie piersią, powoduje trudności w podjęciu zachowań opiekuńczych przez rodziców, co jeszcze bardziej komplikuje jego psychoruchowy rozwój.

e) *Zawodowe i środowiskowe czynniki ryzyka*

Jakość warunków pracy zawodowej i środowiska życia jest bardzo ważnym czynnikiem ryzyka w dziedzinie prokreacji. Ciężka praca fizyczna, stojąca pozycja przy wykonywaniu pracy, wydłużony czas pracy, praca zmianowa, niemożliwość odpoczynku w ciągu dnia, praca obciążająca psychicznie - są czynnikami ryzyka. Podobny efekt uszkadzający w dziedzinie prokreacji ma ekspozycja kobiety na działanie toksycznych czynników środowiskowych, np. pól elektromagnetycznych (np. z pasma radiofal i mikrofal, emitowanych przez różne urządzenia, jak kuchenki mikrofalowe, telefony komórkowe, diatermie, zgrzewarki, systemy komunikacji) oraz wibracji i hałasu. Wymienione szkodliwe czynniki mogą powodować niepłodność (np. z powodu wczesnego wygaśnięcia czynności jajników), poronienia, porody przedwczesne, opóźnienie wzrostu i obniżenie wagi urodzeniowej dziecka, martwe urodzenia, zaburzenia proporcji płci u potomstwa, wady wrodzone i zaburzenia rozwoju po urodzeniu, nowotwory u dzieci (Chazan 1990; Chazan, Nieżurawski, Szamotulska 1993a i b; Radomański i in. 1993). Dlatego w niektórych państwach pracownice ciężarne przenosi się do innych prac (np. w Szwecji). Skażenie organizmu matki związkami chemicznymi, metalami toksycznymi (np. ołów, rtęć, kadm) powoduje u dziecka poważniejsze skutki zdrowotne niż u jego matki, gdyż organizm dziecka dopiero się rozwija i nie ma wykształconych mechanizmów obronnych (Minta, Włodarczyk, Biernacki 1993; Radomański 1993). Bogata literatura na ten temat znajduje się w materiałach konferencji organizowanych przez towarzystwa medyczne, np. w Lublinie - Sympozja Ekologii Człowieka, z których materiały ukazują się w „Ginekologii Polskiej” jako suplement (np. za 1997 r.).

f) *Stres, niepokój, brak stabilizacji*

Ogromna liczba badań psychologicznych potwierdza fakt, że przeżywanie przez matkę stresu, który jest silny, długotrwały, z poczuciem bezradności i niezaspokojenia najważniejszych potrzeb psychicznych (np. bezpieczeństwa) powoduje konsekwencje podobne do tych, jakie obserwuje się na terenach skażonych czynnikami fizycznymi lub chemicznymi, a mianowicie zwiększenie liczby takich zjawisk, jak: niepłodność, poronienia samoistne, zwłaszcza nawykowe, komplikacje ciążowe, dystrofia płodowa, śmiertelność wewnątrzmaciczna lub okołoporodowa dziecka, przedwczesny poród, niska waga urodzeniowa, wady wrodzone, zwiększona zachorowalność dziecka, wolniejszy rozwój fizyczny lub psychiczny. Niepokój matki jest bowiem na drodze neurohormonalnej przekazany do organizmu dziecka i może zaburzyć jego rozwój oraz wpłynąć na los ciąży (Czajka 1992) i porodu oraz dobry stan dziecka po urodzeniu. Łono wrogie dziecku, pograżone w smutku lub lęku, zawładnięte agresją lub niepokojem - stanowi teren „klęski ekologicznej”, w którym brakuje istotnych, życiodajnych elementów potrzebnych do rozwoju człowieka. Poza tym niepokój przeżywany przez matkę w okresie ciąży sprzyja zażywaniu przez nią używek, które mają pomóc jej uspo-

koić się lub odwrócić uwagę od źródła stresu, tymczasem są formą przemocy wobec nie narodzonego dziecka, poddanego działaniu uszkadzających go czynników (Kędziora 1989; Kornas-Biela 1993a, 1997).

g) Zliberalizowana penalizacja dzieciobójstwa

W świetle obowiązującego obecnie w Polsce kodeksu karnego z dnia 6 czerwca 1997 r. (art. 149) przestępstwo dzieciobójstwa zostało tak uprzywilejowane, że matka może zabić noworodka przez cały pierwszy miesiąc jego życia, jeśli tylko czyni to z powodu silnych przeżyć związanych z przebiegiem porodu, znacznym zniekształceniem dziecka lub osobiście trudną sytuacją życiową. Łagodniejsza kwalifikacja przestępstwa sprowadza się realnie do kary pozbawienia wolności w zawieszeniu, co oznacza zalegalizowanie formy przemocy fizycznej wobec dziecka w okresie okołoporodowym i noworodkowym. Stanowi to realne zagrożenie dla życia dzieci. Uprzywilejowanie to należy traktować jako sposób na łagodzenie skutków braku prorodzinnej polityki państwa, niedomogów polityki społecznej, niedostatecznego systemu pomocy, braku zorganizowanych form wsparcia dla kobiet w ciąży oraz jako sposób na uwalnianie się społeczeństwa od dzieci chorych, obciążonych wadą dzieci ze środowisk tzw. marginesu społecznego lub ubogich, dzieci matek chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo. Ten przepis kodeksu karnego wymaga szybkiej nowelizacji (Kornas-Biela 1998a).

3. Pozytywy przemian ustrojowych dla sytuacji dziecka w pierwszej fazie jego życia

a) Ograniczenie aborcji

Zmniejszenie warunków dopuszczalności przerywania ciąży w bezpośredni i realny sposób zredukowało najważniejszy czynnik zagrażający życiu dziecka w najwcześniejszym etapie jego rozwoju, a ponadto zwiększyło potencjalne zdrowie prokreacyjne kobiet - przyszłych matek.

b) Popularyzacja naturalnego planowania rodziny

Na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się zwiększenie zainteresowania metodami rozpoznawania płodności i ekologicznym podejściem do sfery planowania rodziny. Działania Polskiego Stowarzyszenia Nauczycieli Naturalnego Planowania Rodziny, powołanego przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, Krajowego Zespołu Promocji Naturalnego Planowania Rodziny, kościelnych poradni rodzinnych oraz liczne publikacje o charakterze poradników (np. Billings,

Westmore 1986; Wójcik 1988; Lichtarowicz 1993; Rótze 1994; Raith, Frank, Freundl 1997) i szerszych opracowań (np. Kippley, Kippley 1987; Fijałkowski 1993, 1997; Pulikowski 1997; Szczepanowicz 1992, 1998; Skrzydlewski 1998) w tym również dwumiesięcznik „Naturalne Planowanie Rodziny” - doprowadziły do większego poziomu wiedzy społeczeństwa w tym zakresie oraz do akceptacji ekologicznych rozwiązań problemów związanych z prokreacją, zwłaszcza w grupie ludzi młodych, z wyższym wykształceniem, żyjących w dużych miastach.

c) Zmiana w świadomości społecznej statusu dziecka w prenatalnej fazie jego życia

Toczone przez wiele lat dyskusje na temat prawa aborcyjnego przyczyniły się pośrednio do wzrostu wiedzy o życiu dziecka przed urodzeniem. Obecnie dużo bardziej powszechne jest przekonanie o tym, iż poczęcie stanowi początek życia człowieka. Spopularyzowanie wiedzy dotyczącej prenatalnego rozwoju pozwala na uznanie poczętego życia za istotę ludzką o psychospołecznych potrzebach akceptacji, miłości, przynależności i kontaktu. Zmiana świadomości z „bycia w ciąży” w „bycie matką” umożliwia lepszą troskę o dziecko, np. stosowanie się do zaleceń lekarskich, zmniejszenie zagrożeń wynikających z nałogów.

d) Zmniejszenie skażenia środowiska przyrodniczego

Likwidacja zakładów o wysokiej szkodliwości zdrowotnej oraz zwiększenie zabezpieczeń przez filtry, modernizację i nowe technologie spowodowało ograniczenie emisji szkodliwych czynników fizycznych i chemicznych, które mogą zagrozić życiu dziecka przed urodzeniem.

e) Upowszechnienie naturalnego, rodzinnego porodu

Idee „poród nie jest chorobą” i „szpitala przyjaznego dziecku” doprowadziły do reorganizacji wielu oddziałów ginekologiczno-położniczych tak, aby - przestrzegając zaleceń WHO (kwiecień 1985) - stworzyć warunki dla porodu, który jest świętem rodzinnym, ważnym i pozytywnym doświadczeniem macierzyńskim oraz ojcowskim, jak też łagodnym przejściem dziecka do nowego środowiska życia (*Realizacja...* 1998).

f) Rozpowszechnienie karmienia piersią

Działania Krajowego Zespołu do Spraw Promocji Karmienia Piersią oraz Instytutu Matki i Dziecka oraz współpraca z takimi pismami, jak „Twoje Dziecko” i „Dziecko” pozwoliły na upowszechnienie karmienia piersią zarówno wśród personelu medycznego, jak i samych rodziców. Tym samym nasze dzieci coraz częściej otrzymują właściwy dla nich pokarm i zostają ochronione przed szkodliwymi konsekwencjami sztucznego żywienia (Kitzinger 1988; Mikiel-Kostyra 1988; Renfrew, Fisher, Arms 1995).

Literatura

- American Institute of Ultrasound in Medicine Bioeffects Committee (1988), *Bioeffects consideration for the safety' of diagnostic ultrasound*, „Journal of Ultrasound Medicine” 7, 10
- Billings E., Westmore A. (1986), *Metoda Billingsa. Sterowanie płodnością bez pomocy środków farmakologicznych i mechanicznych*, IW PAX, Warszawa
- Bruchalski J. (1994), *Uboczne skutki antykoncepcji*, XVIII Międzynarodowy Kongres Rodziny, Fundacja „Rodzina Nadzieją Jutra”, KAI, Warszawa
- Campbell J. D., Elford R. W., Brant R. F. (1993), *Case - control study of prenatal ultrasonography exposure in children with delayed speech*, „Canadian Medical Association Journal”, nr 149
- Chazan B. (1990), *Biologiczne następstwa ekspozycji na pola elektromagnetyczne w zakresie reprodukcji i rozwoju*, IMiDz. (rozprawa habilitacyjna), Warszawa
- Chazan B., Nieżurawski J., Szamotulska K. (1993a), *Rozrodczość u kobiet eksponowanych zawodowo w polach elektromagnetycznych*, „Ginekologia Polska”
- Chazan B., Nieżurawski J., Szamotulska K. (1993b), *Ocena wpływu przewlekłej ekspozycji kobiet w polach elektromagnetycznych na masę ciała noworodków*, „Ginekologia Polska”
- Cline V. B. (1996), *Skutki pornografii. Dowody eksperymentalne i kliniczne*, TOR i HLI - Europa, Gdańsk
- Czajka R. (1992), *Rola niektórych psychogennych czynników stresorodnych w etiopatogenezie porodu przedwczesnego*, Annales Academiae Medicae Bydgosiensis, t. V
- Czajka R. (1998), *Etiologia porodu przedwczesnego*, „Kliniczna Perinatologia i Ginekologia”, t. XXV, PWN, Poznań
- Ehmann R. (1998), *Problemy związane z regulacją urodzeń, czyli środki antykoncepcyjne i ich działania niepożądane*, Międzynarodowy Kongres, „O godność macierzyństwa”, Human Life International - Europa, Warszawa
- Ewigman B. G., Crane J. P., Frigoletto F. D., LcFevre M. L., Bain R. P., McNellis D. (1993), *Radius Study Group. Effect of prenatal ultrasound screening of perinatal outcome*, „The New England Journal of Medicine”, 329 (12)
- Fijałkowski W. (1993), *Ku afirmacji życia*, wyd. Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej, Wrocław
- Fijałkowski W. (1997), *Nie wykorzystany dar płci*, WAM, Kraków
- Gosden Ch., Nicolaidis K., Whitting V. (1995), *Czy moje dziecko urodzi się zdrowe?*, PZWL, Warszawa
- Graniewska D., Krupa K., Balcerzak-Paradowska B. (1986), *Samotne matki, samotni ojcowie*, Warszawa
- Gwara W., Poręba R., Dudkiewicz D., Sirko I. (1992), *Otyłość kobiet ciężarnych i rodzących - psychosomatyczny problem współczesnego położnictwa*, Annales Academiae Medicae Bydgosiensis, t. V
- Hall E.V., Everaerd W. red. (1989), *The free woman*. Lancs, The Parthenon Publishing Group
- Hrabowska M. (1996), *Ekologiczne zagrożenie zdrowia kobiety*, w: *W stronę życia*, wyd. Jedność, Kielce

- Janowiak Z. (1990), *Ocena dojrzałości noworodka i bariery łóżyskowej człowieka*, rozprawa doktorska AM, Gdańsk
- Jick H., Walker A. M., Rothman K. J. i in. (1998), *Vaginal spermicides and congenital disorders*, JAMA
- Kaim I., Klimek R. (1992), *Postawa ginekologa w świetle uznania indywidualnej tożsamości nie urodzonego dziecka*, Annales Academiae Medicae Bydgosiensis, t. V
- Kanadys W. M. (1998), *Matczyny stan odżywienia a urodzeniowa masa ciała*, „Kliniczna Perinatologia i Ginekologia”, t. XXVI, Poznań
- Kanadys W. M., Oleszczuk J. (1998), *Wpływ stanu odżywienia kobiet przed ciążą na częstość występowania porodów przedwczesnych*, „Kliniczna Perinatologia i Ginekologia”, t. XXVI, Poznań
- Kapera K. (1998), Referat na posiedzeniu Sejmowej Komisji Rodziny z 22 stycznia 1998 r.
- Kędziora S. (1989), *Stres jako czynnik ryzyka położniczego*, Annales Academiae Medicae Silesiensis
- Kippley J., Kippley S. (1987), *Sztuka naturalnego planowania rodziny*, IW PAX, Warszawa
- Kitzinger S. (1988), *Karmienie piersią*, Warszawa, PZWL
- Kornas-Biela D. (1993a), *Psychologiczne aspekty kryzysu ekologicznego w dziedzinie prokreacji*, „Ginekologia Polska”
- Kornas-Biela D. (1993b), *Wokół początku życia ludzkiego*, Nasza Księgarnia, Warszawa
- Kornas-Biela D. (1995), *Z zagadnień psychologii rodziny w okresie ciąży*, w: B. Chazak red., *Rodzina i prokreacja*, IMiDZ, Warszawa
- Kornas-Biela D. (1996), *Psychologiczne problemy poradnictwa genetycznego i diagnostyki prenatalnej*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin
- Kornas-Biela D. (1997), *Psychogenne uwarunkowania rozwoju człowieka w okresie prenatalnym a mózgowo porażenie dziecięce*, w: H. Mierzejewska, M. Przybyś-Piwkowska, *Mózgowe porażenie dziecięce. Problemy mowy*, Warszawa
- Kornas-Biela D. (1998a), *Opinia dla Biura Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu RP na zlecenie Komisji Nadzwyczajnej do Spraw Zmian w Kodyfikacjach, nt. „Projekt ustawy o zmianie ustawy kodeks karny (szok okołoporodowy - druk 417)”*, listopad
- Kornas-Biela D. (1998b), *Opinia dla Biura Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu RP nt. „Przemoc i pornografia zagrożeniem rozwoju osobowości”*, kwiecień
- Kornas-Biela D. (1998c), *Opinia dla Biura Informacji i Dokumentacji Senackiej Kancelarii Senatu RP nt. „Wpływ pornografii na rozwój osobowości człowieka”*, maj
- Kornas-Biela D. (1998d), *„Zespół ocalenia” jako konsekwencja przemocy w rodzinie*, w: J. Papiież, A. Płukis red., *Przemoc dzieci i młodzieży wobec innych w perspektywie polskiej transformacji ustrojowej*, Toruń
- Kukołowicz T. (1999), *Czasowo samotne macierzyństwo: doświadczenia matek w sytuacji długiej nieobecności męża*, w: D. Kornas-Biela red., *Oblicza macierzyństwa: psychospołeczne aspekty*, wyd. KUL, Lublin, w druku
- Lachowska B. (1999), *Samotne macierzyństwo*, w: D. Kornas-Biela red., *Oblicza macierzyństwa: psychospołeczne aspekty*, wyd. KUL (w druku), Lublin
- Lachowski S. (1995), *Funkcja socjalizacyjna rodzin niepełnych samotnych matek i samotnych ojców*, praca doktorska, KUL, Lublin
- Lichtarowicz A. (1993), *Kiedy jestem płodna a kiedy nie*, wyd. Unia, Katowice

- Lichtarowicz A. (1998), *Ryzyko i hazard medyczny*, Międzynarodowy Kongres nt. „O godność macierzyństwa”, Human Life International - Europa, Warszawa
- Łosiowski Z. (1985), *Uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego związane z niedożywieniem matki*, w: J. Czochońska red., *Neurologia dziecięca*, PZWL, Warszawa
- Maurer D., Maurer Ch. (1994), *Świat noworodka*, PWN, Warszawa
- Mikiel-Kostyra K. (1988), *Karmimy piersią*, IWZZ, Warszawa
- Minta B., Włodarczyk B., Biernacki B. (1993), *Doświadczalna ocena chemicznych zagrożeń prenatalnych*, „Ginekologia Polska”
- Montgomery E. (1995), *Uzupełnianie żelaza i witamin w okresie ciąży*, w: J. Aleksander, V. Levy, S. Roch red., *Praktyka położnicza*, PZWL, Warszawa
- Newnham J. P., Evans S. F., Michael C. A., Stanley F. J., Landau L. J. (1993), *Effects of frequent ultrasound during pregnancy: a randomised controlled trial*, „Lancet”
- Pornografia a wychowanie do odpowiedzialnego rodzicielstwa* (1993), Zeszyty Dokumentacyjne Fundacji Stowarzyszenia PAX „Z pomocą Rodzinie”
- Pornografia — zagrożenie dla rodziny i społeczeństwa* (1999), Warszawa, Dział Ekspertyz, Biuro Informacji i Dokumentacji Senackiej Kancelarii Senatu
- Potocki A. (1997), *Pornografia - wyzwanie dla wychowawców*, „Paedagogia Christiana”, 1
- Pulikowski J. (1997), *Warto żyć zgodnie z naturą*, Wrocław
- Radomański J. (1993), *Przełożyskowy transfer śladowych metali toksycznych*, „Ginekologia Polska”
- Radomański T., Milart P., Skawiński S., Słupczyński S. (1993), *Ocena wybranych czynników środowiskowych w przypadkach straty wczesnej ciąży*, „Ginekologia Polska”
- Raith E., Frank P., Freundl G. (1997), *Naturalne metody planowania rodziny*, Warszawa
- Realizacja zaleceń WHO w Szpitalu Rejonowym w Sokółce* (1998), w: *Rodzicielstwo bez porażek*, Stowarzyszenie na Rzecz Naturalnego Rodzenia i Karmienia, Warszawa
- Renfrew M., Fisher Ch., Arms S. (1995), *Piersią najlepiej*, PZWL, Warszawa
- Rótz J. (1994), *Naturalna regulacja poczęć*, Poznań, Hlondianum
- Salvensen K. A., Bakketeig L. S., Eik - Nes S. H. i in. (1992), *Routine ultrasonography in utero and school performance at age 8-9 years*, „Lancet”
- Scott D. A. (1995), *Pornografia. Jej wpływ na rodzinę, społeczeństwo, kulturę*, HL1 - Europa, Gdańsk
- Scheller E., Ciszkowa V., Cekański A. (1992), *Zaburzenia emocjonalne i psychiczne towarzyszące stosowaniu pigułki antykoncepcyjnej*, *Annales Academiae Medicae Bydgosiensis*, t. 5
- Silverton L. (1995), *„Stara pierwiastka”*, w: Aleksander J., Levy V., Roch S. red., *Praktyka położnicza*, PZWL, Warszawa
- Simon W. (1997; 1998), *Zespół poaborcyjny. Zespół ocalańca po aborcji*, „Naturalne Planowanie Rodziny”, cz. I nr 6, cz. II nr 1
- Simon W. (1999), *O przyczynach aborcji i terapii zespołu poaborcyjnego - raz jeszcze*, „Naturalne Planowanie Rodziny”, cz. I nr 2
- Skrzydlewski W. B. (1998), *Planowanie rodziny — wyzwanie moralne*, wyd. „M”, Kraków
- Stark C., Orleans M., Haverkamp A. i in. (1994), *Short and long term risk after exposure to diagnostic ultrasounds in utero*, „Obstetrics and Gynecology”, nr 63
- Szymański W. (1998), *Hipotrofiaplodu*, „Kliniczna Perinatologia i Ginekologia”, t. XXV, PWN, Poznań

- Szczepanowicz M. (1992), *Miłość możliwa jest*, WAM, Kraków
- Szczepanowicz M. (1998), *Pełny smak życia. O miłości małżeńskiej i naturalnym planowaniu rodziny*, WAM, Kraków
- Troszyński M. (1991), *Konsekwencje aborcji dla zdrowia kobiety. Tak - życiu, tak - prawdzie*, ISNaR, Łomianki
- Winkler A. (1999), *Zranione macierzyństwo*, w: D. Kornas-Biela red., *Oblicza macierzyństwa*, wyd. KUL, (w druku), Lublin
- Wójcik E. (1988), *Naturalna regulacja poczęć*, PZWL, Warszawa